

**К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПОТЕНЦИАЛА И ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ
РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Хмара И.М.

ГУ РКБ медицинской реабилитации

В настоящее время отсутствуют и не разработана методология оценки эффективности медицинской реабилитации больных раком щитовидной железы. В тоже время, для установления эффективности медицинской реабилитации предлагается оценивать функционирование систем, динамики показателей метаболизма и гомеостаза и удовлетворения социальных потребностей, а также групповой оценки на основании анализа отдельных больных. При ее проведении необходимо определение реабилитационного потенциала и возможность выполнения в различные периоды (текущая, этапная, заключительная, отдаленная). В связи с этим **целью настоящей работы** явилось разработка системы оценки реабилитационного потенциала и эффективности медицинской реабилитации у больных

раком щитовидной железы после специального лечения на фоне супрессивной терапии левотироксином натрия.

Проведен анализа субъективной оценка качества жизни, определение объективных параметров и сопоставление желаемого результата с достигнутым у 224 лиц после специального лечения дифференцированного рака щитовидной железы на фоне супрессивной терапии левотироксином натрия. Пациентам выполнялось общеклиническое обследование, оценка уровня тревожности по тесту Гольдберга и качества жизни (вопросник Karnofsky и NAIF), изучалась центральная, периферическая и мозговая гемодинамика, выполнялись функциональные пробы ортостатические, Руфье, Штанге, ВЭМ. Определяли тиреоидный статус, параметры фосфорно-кальциевого и липидного обмена, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

В результате анализа субъективной оценка качества жизни, определение объективных параметров и сопоставление желаемого результата разработана и апробирована система оценки эффективности реабилитационных мероприятий у больных дифференцированным раком щитовидной железы на фоне комплексной терапии (табл.).

Установлено, что $47,8 \pm 5,6\%$ больных дифференцированным раком щитовидной железы имеют высокий реабилитационный потенциал. Средний реабилитационный потенциал определен у $30,5 \pm 4,3\%$ пациентов.

Система оценки реабилитационного потенциала и эффективности медицинской реабилитации

Показатель	БАЛЛЫ		
	5	10	15
Реабилитационный потенциал	высокий	средний	низкий
Психо-эмоциональная сфера			
Индекс Карнявски	> 70	70-40	< 30
Тест Гольдберга	≤ 7	8-12	≥ 13
Интегральный показатель качества жизни, опросник NAIF	> 70	70-50	< 50
Клинико-функциональные			
TNM	I-II	III	IV
Индекс массы тела	25,7 – 29,9	30,0 – 33,9	> 34
АД max*(ЧСС/100), ед	≤ 100	101 – 110	> 110
Мощность нагрузки при ВЭМ, кгм/мин	> 600	600-400	< 400
ЧСС на пороге толерантности	> 126	120 - 126	< 120

Динамное произведение (ЧСС * АД сист. * 10 ⁻²)	> 270	270 – 220	< 210
Ортостатическая проба, ударов/мин	< 17	17-19	> 20
Ортостатическая проба, пульсовое давление	Появляется	Не изменяется	Снижается
Длительность апноэ, сек	> 15	10 – 15	< 10
Индекс Хилебранда, (ЧСС/ЧД)	2,8-4,9	> 4,9	< 2,8
Физическая работоспособность по Руфье	< 7	7-14,9	> 15
Модифицированный Гарвардский тест, %	> 100	100-85	< 85
Голособразующая функция	Дисфония, отечный ларингит	Парез	Паралич, стеноз гортани
ОФВ1, %	> 70	50-80	< 50
ОФВ1/ФЖЕЛ%	> 80	80 – 50	< 50
КИП	45-50% пророст СИ менее 20% увеличение ДНЛЖ на 8-10%	35-45% пророст СИ менее 10% увеличение ДНЛЖ на 8-10%	< 35% Низкий УО, ФВ, ДНЛЖ 25 мм Нг
Невриты	нет	Невропатия	Плексит, плече-лопаточный периаортроз с ФНС
Артериальная гипертензия, степень	I	II	III
Сердечная недостаточность (NYHA)	I	II	III
Пульсовое АД, мм Нг	< 45	45-60	> 60
Тип ЦГД	Эукинети-ческий	Гипокинети-ческий	Гиперкинети-ческий
Реабилитационный потенциал	высокий	Средний	низкий
Церебро-васкулярная недостаточность	Начальные проявления ЦРН	ДЭП I	ДЭП II
Другие сопутствующие соматические болезни	НТГ	СД Язвенная болезнь Варикозная болезнь с ХАН более I степени Остеопения	СД на фоне инсулинотерапии Первично-множественные формы рака Остеопороз
Лабораторные данные			

ТГ, мг/мл (на фоне супрессии тиреотропина)	1 – 5	5 – 10	> 10
Кальций общий, ммоль/л	> 1,82	1,52 – 1,82	< 1,52
Мягкий, ммоль/л	0,7 – 0,6	0,5 – 0,4	< 0,4
Холестерин общий, ммоль/л	< 5,2	5,2 – 6,87	> 6,87
Гематокрит, %	35 – 44	45 – 50	> 50
Лейкоциты, 10^9 /л	6,1 – 7,0	7,1 – 8,0	8,1 – 9,0
Тест Гаркави лимфоциты, % и сегментоядерные нейтрофилы, %	28 – 33 и 47 – 50	33 – 45 и < 47	< 20 и > 65
СОЭ, мм/час	15 – 20	21 – 30	31 – 40
Эозинофилы, %	4	5	6
Иммунологический статус	Умеренная Т - лимфоцитопения, функциональная активность нейтрофилов снижена	Т лимфоцитопения, дисбаланс хелперов и супрессоров, функциональная активность нейтрофилов снижена	Т – клеточный дефицит, дисбаланс хелперов и супрессоров, функциональная активность нейтрофилов и киллеров снижена
Экскреция кальция, ммоль/сут	> 7,5	2,5 – 2,0	< 2
Экскреция фосфора, ммоль/сут	43 – 45	46 – 49	> 50

24,7±5,1% характерен был низкий реабилитационный потенциал, что определялось выраженными сердечно-сосудистыми нарушениями (артериальная гипертензия II-III степени, NYHA II-III). На основании отношения суммы баллов до лечения к сумме баллов после лечения делается заключение об эффективности медицинской реабилитации: улучшение значительное (≥ 2), выраженное (1,6–1,99), умеренное (1,4 – 1,59), незначительное (1,39–1,2), без перемен (1,19–1,0) и ухудшение ($< 1,0$). Улучшение при 10-12 дневной реабилитации установлено нами как значительное в 2,2%, выраженное - 5,4%, умеренное – 26,9%, без перемен – 13,4% (группа с низким реабилитационным потенциалом) и у остальных (52,1%) – незначительное.